



Ministerio de Salud  
Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud  
"DR. CARLOS G. MALBRAN"  
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas

INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"  
Servicio Bacteriología Especial  
Email: [bacteriologiaespecial@anlis.gov.ar](mailto:bacteriologiaespecial@anlis.gov.ar)  
tel. 43032333 int 102

## Ficha epidemiológica Legionelosis

Por favor lea atentamente los tiempos de demora de cada determinación  
que figuran esta planilla

| 1. DATOS DEL PACIENTE                            |    |    |               |
|--|----|----|---------------|
| Nombre y Apellido                                |    |    |               |
| DNI  |    |    |               |
| Domicilio real (Calle, Nº, localidad, Provincia) |    |    |               |
|  |    |    |               |
| Sexo   | F  | M  | Edad          |
| Ocupación  |    |    |               |
| Empresa o Institución                            |    |    |               |
| Medico tratante                                  |    |    |               |
| Email de contacto                                |    |    |               |
| Teléfono de contacto                             |    |    |               |
| 2. INFORMACIÓN CLÍNICA                           |    |    |               |
| 2.1 FECHA INICIO DE LOS SÍNTOMAS                 |    |    |               |
| 2.2 FECHA DEL DIAGNÓSTICO                        |    |    |               |
| 2.3. DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD (DÍAS)            |    |    |               |
| 2.4 SIGNOS Y SINTOMAS                            |    |    | OBSERVACIONES |
| Fiebre (especificar pico febril °C)              | si | no |               |
| Tos productiva (especificar fecha inicio)        | si | no |               |
| Tos no productiva                                | si | no |               |
| Mialgias   | si | no |               |
| 2.5 ANTECEDENTES                                 |    |    |               |
| Enfermedad hepática crónica                      | si | no |               |
| Enfermedad o terapia inmunosupresora             | si | no |               |
| Diabetes   | si | no |               |
| Enfermedad pulmonar crónica (especificar)        | si | no |               |
| Tabaquismo                                       | si | no |               |
| 2.6 DATOS CLÍNICOS                               |    |    |               |
| Neumonía   | si | no |               |
| Hallazgos radiológico (completar)                |    |    |               |
| Hospitalización                                  | si | no |               |
| Hospital   |    |    |               |
| Fecha internación                                |    |    |               |
| Fecha alta                                       |    |    |               |
| Estadía en unidad de cuidados intensivos         | si | no |               |
| Asistencia respiratoria mecánica y/o intubación  | si | no |               |
| Evolución  |    |    |               |
| Obito (especificar fecha y lugar)                | si | no |               |



Ministerio de Salud

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos  
Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud  
"DR. CARLOS G. MALBRAN"  
Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas

INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán"  
Servicio Bacteriología Especial  
Email: [bacteriologiaespecial@anlis.gov.ar](mailto:bacteriologiaespecial@anlis.gov.ar)  
tel. 43032333 int 102

| 3. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS  |    |    |
|---|----|----|
| Realizó viajes fuera del país durante el último mes?  | si | no |
| Especificar lugares de tránsito y destino y fechas  |    |    |
| Alojamiento de al menos una noche fuera de su domicilio durante los 10 días previos a la aparición síntomas (especificar fecha y lugar) | si | no |
| Hospitalizado al menos 48 hs antes del inicio de síntomas (especificar fecha y locación)  | si | no |
| Visitó o trabajó en instituciones nosocomiales durante el período de exposición (especificar locación y fecha)                          | si | no |
| Estuvo expuesto a fuentes, spas, humidificadores durante las dos semanas previas al inicio de los síntomas                              | si | no |
| Estuvo expuesto a ambientes acuáticos recreacionales durante las dos semanas previas al inicio de los síntomas                          | si | no |
| Estuvo expuesto a tierra (jardinería, construcción, producción, etc)  | si | no |
| <b>4. TRATAMIENTO PROFILACTICO (indicar drogas, duración y dosis)</b>   |    |    |
| <b>5. TRATAMIENTO INDICADO (indicar drogas, duración y dosis)</b>   |    |    |
| 6. ESTUDIOS DE LABORATORIO SOLICITADOS  |    |    |
| <b>Antígeno urinario</b> ( El informe del mismo se envía dentro de las 24 hs de recibido el material)                                   | Si | No |
| <b>Cultivo</b> ( El tiempo de demora del informe 5 a 20 días hábiles)   | Si | No |
| <b>Detección de seroconversión</b> ( El tiempo de demora del informe depende del envío de la segunda muestra)                           | Si | No |
| <b>Detección de ADN de Legionella sp</b> ( El tiempo de demora del informe 3 a 15 días hábiles)   | Si | No |
| 7- MUESTRAS ENVIADAS AL LNR   |    |    |
| ORINA (especificar fecha de toma de muestra)  |    |    |
| Material respiratorio (especificar tipo de material y fecha de toma muestra)  |    |    |
| Suero fase aguda (especificar fecha de toma de muestra)   |    |    |
| Suero fase convaleciente (especificar fecha de toma de muestra)   |    |    |